

53
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Novembre 1901, à 1 heure

Par ADOLPHE PELLET

Né à Reignat (Puy-de-Dôme), le 14 avril 1878.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉPATOPTOSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

BROCA (Aug.) et GOSSET, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Novembre 1901, à 1 heure

Par ADOLPHE PELLET

Né à Reignat (Puy-de-Dôme), le 14 avril 1878.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉPATOPTOSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

BROCA (Aug.) et GOSSET, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

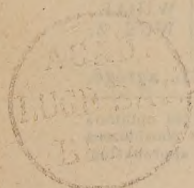
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie.....	MM.
Physiologie.....	FARABEUF.
Physique médicale.....	CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.....	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BLANCHARD.
Pathologie médicale.....	BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	BRISAUD.
Histologie.....	LANNELONGUE.
Opérations et appareils.....	CORNIL.
Pharmacologie et matière médicale.....	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique.....	BERGER.
Hygiène.....	POUCHET.
Médecine légale.....	N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	PROUST.
Pathologie expérimentale et comparée.....	BROUARDEL.
	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LEDENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	TEISSIER.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	THIERY.
BESANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THOINOT.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKY.	WALTER.
CUNEO	JEANSELME.	R MY.	WIDAL.
DÉMELIN	LANGLOIS.	RENON.	WUR. Z.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL, agrégé.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Respectueux témoignage de ma reconnaissance

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital de la Charité.

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre le sujet de notre thèse, nous nous faisons un devoir de remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux pour les savantes leçons qu'ils nous ont données.

Tout d'abord, que nos maîtres de l'école de Clermont-Ferrand, où nous avons commencé nos études médicales nous permettent de leur exprimer ici nos sentiments de respectueuse reconnaissance. Nous remercions en particulier MM. les professeurs Bousquet directeur de l'école, Tixier, Bide, Lepetit, Maurin, qui ont guidé nos premiers pas dans des études médicales. Nous garderons toujours un excellent souvenir de leur dévouement et de l'intérêt qu'ils nous ont témoigné.

A Paris, nous avons suivi à l'Hôtel-Dieu le service du regretté docteur Ferrand qui nous a prodigué ses sagaces leçons cliniques.

Nous avons trouvé le meilleur accueil à la clinique

d'accouchement Baudelocque, où M. le professeur Pinard ne nous a pas ménagé ses sages conseils.

Nous assurons toute notre reconnaissance à M. le professeur Guyon qui pendant son stage à Necker s'est efforcé de nous initier aux maladies des voies urinaires.

Nous n'aurions garde d'oublier le docteur Gérard-Marchant dans le service duquel ont été recueilli les éléments de notre thèse et les observations nouvelles que nous rapportons. Nous exprimons notre entière reconnaissance à notre ami et compatriote M. Judet, interne du service, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail et en faciliter l'exécution par son extrême obligeance.

Que M. le professeur Tillaux, nous permette de lui offrir l'hommage de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Nous nous contenterons de signaler les travaux et les noms qui ont marqué un stade dans l'histoire de l'hépatoptose.

L'hépatoptose, encore désignée sous le nom de *foie mobile*, *foie flottant*, *foie ambulant* (Marino), *volant* (Soutouguin), *errant*, est une affection dont l'histoire chirurgicale remonte seulement à ces quinze dernières années. Avant cette époque, l'hépatoptose était considérée comme une affection purement médicale.

La première observation due à *Heister* remonte à 1754. Le premier travail d'ensemble est dû à *Blet* et a été publié en 1876. *Landau* en 1885 apporte des observations nouvelles et des aperçus ingénieux sur la pathogénie de cette affection.

Glénard dans diverses publications échelonnées de 1887 à 1897, envisage l'hépatoptose dans ses rapports avec l'entéroptose et décrit les degrés peu accentués de la « *maladie du foie mobile* ».

Les tentatives de cure chirurgicale se sont d'abord adressées aux lobes flottants du foie. Avec *Gérard-Marchant* nous assistons à la première opération pour remédier à une hépatoptose totale. Cette observation a servi de point de départ à la thèse de *Jean-Louis Faure*, dans laquelle sont en outre relatées de nombreuses recherches personnelles concernant l'anatomie et la pathogénie de l'hépatoptose. Enfin l'important mémoire de *Terrier et Auvray*, dans la Revue de Chirurgie, donne la mise au point de la question et fait connaître avec détails les résultats du traitement chirurgical.

DÉFINITIONS

Pendant longtemps on a réuni sous le nom de foie mobile des cas d'affections très diverses du foie, compliquées d'un degré de mobilité plus ou moins accentuée de la glande hépatique. *Glénard* fait remarquer à juste raison que pour qu'un foie soit classé sous la rubrique de « foie mobile » il est de toute nécessité qu'une condition soit réalisée : il faut que, à part le défaut de fixité, l'organe soit normal. S'il était en même temps le siège d'une maladie de son parenchyme (cancer, lithiase, cirrhose) le défaut de fixité d'un organe comme le foie serait d'un caractère d'ordre tout à fait secondaire. Il est donc bien établi que dans l'hépatoptose, on entend que l'ectopie du foie constitue la lésion principale. C'est elle qui fournit les indications thérapeutiques. Les lésions du parenchyme, si elles existent, sont ou peu importantes ou secondaires à l'abaissement du foie.

Le foie mobile peut se manifester sous deux formes :
l'hépatoptose totale, et l'hépatoptose partielle.

Dans la première variété le foie émigre en masse ; il y a selon l'expression de Terrier et Auvray « une véritable luxation du foie avec mobilité anormale ». Cette luxation est réductible, c'est-à-dire que le foie peut reprendre sa place dans l'hypoconde droit.

Cette définition élimine les abaissements du foie produits par des collections ou des tumeurs du voisinage : déplacements dans lesquels la mobilité et la réductibilité de l'organe font défaut.

Dans l'*hépatoptose partielle* encore décrite sous le nom de lobes flottants, une des parties du foie s'hypertrophie se pédiculise plus ou moins pour donner naissance à un lobe anormal qui est mobile alors que la partie principale de la glande est fixée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude étiologique et pathogénique nous sera singulièrement facilitée par l'analyse préalable des conditions normales de l'équilibre du foie, et par la connaissance des lésions anatomo-pathologiques du foie ptosé.

Nous analyserons d'abord succinctement les conditions qui assurent la fixité de l'organe à l'état normal.

Les différentes forces qui agissent pour maintenir le foie dans sa situation normale sont représentées par :

1° *Les connexions ligamenteuses et vasculaires* d'une part ;

2° D'autre part *par la tension abdominale*, et indirectement par l'intermédiaire de la masse gastro-intestinale, par la *paroi antérieure de l'abdomen*.

Le bord postérieur du foie est réuni à la voûte diaphragmatique et par son intermédiaire à la paroi abdominale, par le ligament coronaire et les deux ligaments triangulaires qui les prolongent de chaque côté.

Ces ligaments maintiennent le foie par sa partie postérieure mais ils ne s'opposent pas à l'affaissement de la partie antérieure.

A côté de ces ligaments, il convient d'après Jean-Louis Faure d'attribuer dans la suspension du foie un rôle important à la *veine cave inférieure* dont les parois adhèrent intimement au centre phrénique, et qui reçoit immédiatement à sa sortie du foie les veines sus-hépatiques.

La veine cave à elle seule, d'après les expériences de Jean-Louis Faure, serait plus résistante que tous les ligaments réunis. Elle pourrait supporter une moyenne de 27 à 28 kilogr. ; tandis que les ligaments céderaient à une pression de 20 kilogr

D'après Glénard les ligaments ne soutiennent le foie que par sa partie postérieure. Ils ne s'opposent ni à l'affaissement de la partie antérieure ni à la bascule des lobes du foie autour de son axe antero-postérieur.

Ligament suspenseur. — On sait que loin d'être tendu il est plissé et étalé sur la face antérieure du foie sur lequel il repose par sa face latérale gauche.

Aussi le ligament suspenseur n'est-il pas efficace pour empêcher l'abaissement du bord antérieur du foie. Cet abaissement a pour limite la longueur de la faux du péritoine à sa base, c'est-à-dire trois à quatre centimètres. Le ligament suspenseur n'intervient que pour limiter un abaissement plus prononcé.

Nous sommes donc obligés de faire appel, pour expliquer la stabilité du foie, à un mode de suspension de cet organe, autre que les connexions ligamen-

teuses. C'est ce mode qui est réalisé par l'action de la *tension abdominale*.

Sappey, Richet, Cruvellier, Landau, ont depuis longtemps signalé l'influence de la paroi abdominale et de la masse gastro-intestinale dans la fixité du foie.

Pour *Faure*, cette influence serait négligeable par rapport à celle des moyens de suspension. *Schwerdt de Gotha* et *Glénard*, ont au contraire insisté sur le rôle prépondérant de la tension abdominale dans la statique du foie. *Schwerdt* établit par des expériences nombreuses que la tension intra-abdominale lutte à chaque instant contre la pesanteur qui attire tous les viscères en bas. Or la tension abdominale est sujette à de nombreuses variations.

En dernière analyse les deux facteurs principaux de cette variation sont d'une part la contractilité de la paroi abdominale antérieure, d'autre part, le volume des gaz enfermés dans l'intestin. La masse intestinale, d'après *Glénard*, exercerait une action prépondérante. Le côlon transverse en particulier, soulevé par les anses d'intestin grêle, projeté en outre en avant, par l'estomac distendu, vient presser sur la face inférieure du foie dont elle applique les lobes contre la paroi antérieure de l'abdomen.

Pour *Glénard*, la chute des organes sous-diaphragmatiques, l'entéroptose en un mot, aurait pour cause principale la diminution primitive du volume de l'intestin.

Pour *Landau* c'est la paroi abdominale qui constitue le principal soutien non seulement de l'intestin, mais encore des autres viscères abdominaux, et en particulier du foie. Aussi, pour cet auteur, la distension de la paroi abdominale, *le ventre en besace*, serait le prélude du *prolapsus* de l'intestin et de celui du foie.



Etude des lésions anatomo-pathologiques observées dans les cas d'hépatoptose.

Nous devons les envisager successivement dans l'hépatoptose totale, et dans l'hépatoptose partielle.

A) *Les lésions qu'on constate dans le foie mobile total* portent, soit sur les ligaments suspenseurs, soit sur le foie lui-même.

a) *Du côté des ligaments* on a pu constater des anomalies considérables. Dans le cas de Longuet, tout l'organe se trouvait tapissé par le péritoine de telle façon que les ligaments coronaires et latéraux n'existaient pas. Le foie n'adhérait aux parois de l'abdomen que par le ligament falciforme.

Lannelongue de Bordeaux, a signalé l'absence du

ligament suspenseur et Kirmisson celle du ligament coronaire.

On a relevé du côté de l'appareil ligamenteux un certain nombre d'anomalies congénitales. *Meisner* a décrit sous le nom de *mesohepar* un allongement congénital du ligament coronaire. Son existence est niée par Jean-Louis Faure et par Terrier et Auvray.

L'état de la veine cave a attiré l'attention de Faure qui dans un cas signale les lésions suivantes : « La veine cave, nous a paru extraordinairement lâche et comme allongée, se laissant écarter sans peine du flanc droit de la colonne vertébrale. Quand on imprime au foie des mouvements divers il les suit sans difficulté, en formant au niveau de son adhérence hépatique un coude prononcé, grâce auquel elle s'écarte de la colonne lombaire, au point qu'il est facile en rompant à peine quelques fibres conjonctives, de passer le doigt entre la face postérieure de la veine cave et les vertèbres sous-jacentes. »

La situation du foie prolabé est très variable. Il peut descendre dans l'abdomen jusqu'au niveau du détroit supérieur et même plonger par une de ses extrémités dans le petit bassin. En même temps, il subit un mouvement de bascule qui porte l'extrémité inférieure du lobe droit vers la ligne médiane. La face convexe peut regarder directement en avant et se mettre en rapport avec la paroi antérieure de l'abdomen.

Telle est la disposition la plus habituelle, mais le foie mobile est susceptible d'en occuper bien d'autres.

C'est ainsi que Kirmisson a vu « un foie situé comme à l'ordinaire dans l'hypocondre droit présenter en avant un bord épais ayant tous les caractères du bord postérieur d'un foie normal, tandis qu'en arrière dans la concavité du diaphragme, il possède un bord mince et tranchant sur lequel s'insère la vésicule biliaire : pour remettre l'organe en position, il faut le placer dans l'hypocondre gauche. Le foie primitivement placé dans l'hypocondre gauche aurait subi — autour d'un axe vertical, un mouvement de rotation de haut en bas et de gauche à droite qui a eu pour effet d'amener son bord antérieur mince et tranchant en arrière et son bord postérieur épais en avant. »

Le foie *présentait*, dans quelques cas, des *adhérences pariétales* ou *viscérales*, qui l'immobilisaient dans sa nouvelle situation.

Il était lui-même, dans certaines observations, déformé, augmenté de volume, congestionné, sans doute en raison des troubles circulatoires dus à l'allongement des vaisseaux ; quelquefois il présentait d'autres lésions (cirrhose, lithiase, cancer). Nous verrons ce qu'il faut penser de tels cas de foie mobile.

Les *lésions concomitantes* du côté de la *cavité abdominale* sont surtout constituées par des ptoses viscérales. Très fréquemment on a noté de la néphroptose droite. Deux des observations que nous rapportons témoignent de ce fait. On a encore signalé la mobilité du rein gauche, celle de la rate, la dilatation d'estomac, l'entéroptose.

Du côté de la paroi abdominale, on trouve fréquem-

ment un relâchement considérable avec écartement des muscles droits : véritable éventration en un mot. L'intestin mal retenu fait saillie en donnant à l'abdomen cet aspect que Landeau a décrit sous le nom de « ventre pendant ».

B) *Les lésions du foie partiellement mobiles* sont plus faciles à décrire et surtout à interpréter que celles du foie mobile total.

Les lobes flottants du foie se présentent sous des aspects variables. Leur volume peut atteindre celui des deux poings (Terrier, Beaudoin); mais il en est de beaucoup plus petits. La forme varie aussi beaucoup : ovoïdes et nettement pédiculés dans quelques cas, aplatis en forme de languette dans d'autres, ou bien encore arrondis et formant une masse sessile.

Le lobe flottant se dégage le plus souvent du foie au niveau du bord antérieur, recouvrant immédiatement le rein. Dans certaines variétés de lobes appendiculaires liés, comme nous le verrons plus loin, à de la cholécystite, le prolongement hépatique, en forme de languette, recouvre la vésicule biliaire, ou se trouve immédiatement situé à côté d'elle.

Langenbuck a signalé un cas de lobe mobile dépendant de l'extrémité gauche du foie.

La consistante du lobe hépatique rappelle celui du tissu hépatique normal, dans la majorité des cas.

Dans quelques observations, le lobe flottant était constitué par du tissu dur et sclérosé.

Disons enfin pour terminer que les sillons d'étranglement qui peuvent se produire à la surface du foie par empreinte costale, par plicature de l'organe, ou par hypertrophie des fibres du diaphragme, ces sillons, disons-nous représenteraient pour certains auteurs le début initial des lobes flottants hépatiques.



ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Envisageons maintenant quelles sont les conditions étiologiques et pathogéniques qui président à l'apparition de l'hépatoptose. Nous examinerons séparément les *lobes flottants du foie* et l'*hépatoptose totale*.

LOBES FLOTTANTS. *Fréquence.* — Les lobes flottants du foie constituent une affection rare. Glénard faisant le relevé de 80 cas d'hépatoptoses publiés jusqu'en 1897, rencontre seulement 6 cas de lobes flottants. L'une de nos observations se rapporte à une hypertrophie localisée du lobe droit du foie :

La cause à laquelle est due la production des lobes appendiculaires est souvent difficile à déterminer. Nous avons vu que Langenbuck admet la possibilité d'une véritable lobulation du foie par suite de causes mécaniques (sillons costaux, sillon diaphragmatiques, sillons verticaux par plicature).

Riedel a signalé le premier en 1888 l'influence des

lèsions de la vésicule biliaire sur la genèse des lobes flottants.

Depuis cette époque on a publié un certain nombre d'observations montrant avec la plus grande évidence qu'un cholécyste distendu, est susceptible d'amener un allongement hypertrophique de la portion sus-jacente du foie.

La production de cette hypertrophie locale paraît due le plus souvent à la dilatation *calculieuse* de la vésicule par obstruction du canal cystique. Dans cette vésicule s'accumule de la bile des produits de sécrétions muqueux, quelquefois du pus. La tumeur biliaire peut atteindre ainsi un volume comparable à celui d'une tête de fœtus.

De même Courvoisier a depuis longtemps signalé l'hypertrophie considérable que peut présenter la vésicule au cours de l'évolution du cancer des voies biliaires.

Terrier a même montré que dans la rétention biliaire par calcul, la rétraction de la vésicule est fréquente, alors que la dilatation est la règle dans les néoplasmes.

Quoiqu'il en soit de la cause de l'augmentation de volume du cholécyste (calcul, néoplasme, suppuration) on conçoit que la vésicule distendue, soit très augmentée de poids et puisse exercer une traction considérable sur le tissu hépatique.

Plusieurs alternatives pourront se produire :

Dans une première, le cholécyste maintenu par des adhérences se développe sur place.

Dans un second cas le cholécyste étire le méso-péri-

tonéal qui le suspend au foie ; le méso-cystite s'allonge, mais sans entraîner le tissu hépatique ; la tumeur biliaire peut ainsi s'abaisser à de grandes distances du foie avec lequel cliniquement, elle peut paraître n'avoir aucune connexion.

Enfin, dans une troisième alternative qui nous intéresse plus particulièrement le méso-cyste résiste. C'est le tissu hépatique qui cède et s'étire en quelque sorte sous l'influence de la vésicule alourdie par le produit pathologique. Ainsi se trouve constitué le lobe flottant. L'observation de Riedel est des plus démonstrative à cet égard.

D'autres fois les lobes appendiculaires coïncident avec une vésicule rétractée. C'est ainsi que chez le malade de Terrier et Beaudoin on trouve un lobe flottant avec vésicule rétractée. Nous sommes portés à admettre que dans de tels cas c'est l'inflammation périphérique, la péricholécystite, qui joue le premier rôle dans l'action que la vésicule exerce sur le foie : Potain n'a-t-il pas décrit un cas de rein mobile dépendant d'une péritonite localisée. De même ne peut-on pas concevoir que la péricholécystite puisse agir sur le tissu hépatique ou sur l'enveloppe fibreuse de Glisson pour lui faire perdre toute résistance au moindre tiraillement.

A l'appui de cette hypothèse nous devons constater ce fait : que le lobe flottant est rarement constitué par du tissu hépatique normal. L'opéré de Terrier présente une tumeur blanchâtre « qui a tous les caractères d'une portion du foie, toutefois ce lobe hépatique

paraît un peu malade, il est dur, comme sclérosé mais sans irrégularité à sa surface ». Tscherning décrit une tumeur solide, grise, blanchâtre, recouverte d'un revêtement fibreux, dans laquelle il pratique une incision exploratrice profonde d'un centimètre et demi et qui lui montre du tissu hépatique avec des modifications interstitielles.

Il nous semble difficile après ces deux témoignages si probants d'attribuer à l'augmentation du poids de la vésicule un rôle exclusif dans la pathogénie du lobe appendiculaire. Cependant l'influence des maladies de la vésicule est indéniable, puisque, lorsque celle-ci est traitée chirurgicalement le lobe flottant disparaît.

A côté des lobes flottants d'origine vésiculaire, il en existe une catégorie beaucoup moins importante qui semble n'être nullement en rapport avec le réservoir biliaire : tels sont les cas où l'hypertrophie localisée porte exclusivement sur le lobe droit. L'observation rapportée par Chapotot de Lyon est des plus démonstratives à cet égard. Peut-être d'après Schwartz un certain nombre des lobes flottants du foie sont-ils des déformations congénitales.

HÉPATOPTOSE TOTALE. — *L'Hépatoptose totale* est considérée par la plupart des auteurs comme plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

On la regarde généralement comme une affection rare. La statistique publiée par Glénard en 1897 en signale 80 cas, dont 38 cas de maladies de foie avec mobilité, et 42 de foies mobiles vrais, (6 lobes flottants

et 36 hépatoptoses totales). Depuis le travail de Glénard nous avons pu relever 6 nouveaux cas d'hépatoptose suivis d'intervention; si nous y joignons les 3 observations inédites que nous devons à la bienveillance de M. le docteur Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, nous obtenons le total de 51 observations d'hépatoptoses vraies publiées jusqu'à ce jour.

Le petit nombre de cas publiés tient à deux causes principales :

1° Les observations se rapportent toutes à des cas très prononcés de la maladie.

2° Les degrés faibles d'hépatoptoses sont difficiles à diagnostiquer.

Glénard qui s'est livré systématiquement à la recherche de la mobilité du foie, estime que l'affection doit être considérée comme très fréquente : « il en sera bientôt de l'hépatoptose comme des reins mobiles. Les cas en seront si fréquemment observés que l'on ne les publiera plus. Le foie mobile n'est que le degré ultime d'une hépatoptose dont les premiers degrés, cliniquement reconnus aujourd'hui, grâce au procédé du pouce, sont extrêmement fréquents ».

L'hépatoptose totale peut être *congénitale* ou *acquise*.

L'*hépatoptose congénitale* reconnaît pour cause l'absence de certains ligaments (ligaments coronaires et suspenseurs).

L'*hépatoptose acquise* est beaucoup plus fréquente.

Pour l'expliquer on a invoqué des causes *très nombreuses*. En première ligne vient le *corset*.

Beaucoup d'auteurs ont admis que la compression exercée par le corset sur la paroi costale avait pour effet de repousser le foie en bas. En réalité les résultats de la constriction sont assez variables, car ils dépendent d'une part de la conformation générale de la poitrine, de l'autre de la forme de l'appareil appliqué, et de la manière dont il se pose.

M. le *professeur Hayem* rattache à trois variétés les déformations qui peuvent se produire :

1° Constriction sus hépatique ou sous mammaire. C'est la plus connue, la plus commune, la seule que l'on trouve décrite avec détails dans les auteurs ;

2° Constriction hépatique ;

3° Constriction sous hépatique. M. le professeur Hayem insiste sur cette dernière variété assez commune.

La variété sus-hépatique déterminerait la production des désordres statiques décrits depuis les recherches de Glénard sous le nom d'entéroptose.

En effet, selon Hayem, la compression s'exerçant au niveau de la voûte diaphragmatique sur la face convexe du foie, a pour effet de repousser par en bas ce dernier organe, et d'une manière générale tous les viscères abdominaux. Le foie ptosé déborde les fausses côtes, et parfois se mobilise. Examiné sur le cadavre il a conservé sa forme générale, mais il est creusé de dépressions plus ou moins profondes qui sillonnent sa face supérieure.

Au contraire le *corset à constriction sous hépatique* ne peut que tendre à refouler le foie et les viscères abdominaux. C'est à cette variété que semblent s'adresser les réflexions de J.-L Faure dans le *traité de chirurgie*: « Il est de toute évidence, dit cet auteur, que le point où le corset exerce sa compression la plus forte, *la taille*, située au-dessus de la crête iliaque, est précisément situé au dessous du rebord costal et par conséquent au dessous du foie lui même. Le corset ne peut donc que tendre à soulever le foie lorsque cet organe occupe sa position normale. »

Les réflexions de professeur Hayem montrent que le corset peut agir d'une manière tout à fait dissemblable suivant sa structure, et la conformation de la taille. Elles semblent expliquer d'une manière satisfaisante les différences des auteurs concernant l'influence du corset sur la statique abdominale.

De toutes les causes mécaniques, celle à laquelle on fait jouer le rôle principal dans la chute du foie est la *grossesse suivie d'éventration*. On peut concevoir que la paroi abdominale agit de deux manières pour maintenir la statique des organes abdominaux. Elle soutient la masse intestinale à la manière d'une véritable sangle. Sur le coussinet formé par les anses intestinales viennent s'appuyer les organes sous-diaphragmatiques (foie, estomac, rate). Que la sangle abdominale vienne à se relâcher l'intestin s'affaisse et secondairement, le foie, l'estomac et la rate le suivent dans sa chute. Sans doute cette explication renferme une grande part de vérité, mais, ce qui prouve son

insuffisance; c'est la non existence des ptoses hépatiques, gastriques et spléniques chez un grand nombre de multipares à paroi abdominale très relâchée. Nous devons donc faire intervenir d'autres facteurs.

Schwerdt a établi à la suite d'expériences nombreuses que la diminution de la pression intra-abdominale joue un rôle des plus importants. Il montre que l'effet de la pesanteur sur les viscères s'accroît à mesure que diminue la pression intra-abdominale : c'est la loi de la pesanteur qui explique leur chute par l'élongation de leurs ligaments fixateurs. Mais cette élongation n'est possible que si nous admettons un état de faiblesse des tissus, un trouble de nutrition générale qui s'exerce à la fois sur la paroi abdominale : *moyen de contention*, et sur les replis légamenteux : *moyens de suspension*.

Sur un terrain ainsi préparé, on pourra voir apparaître l'hépatoptose à la suite de circonstances diverses : *efforts répétés, travaux pénibles, exercices violents*, tels que l'équitation et le saut. Faure attribue également un rôle important aux efforts d'expiration répétés et violents « dans lesquels le diaphragme en se soulevant brusquement entraîne le foie en l'attirant par l'intermédiaire de son appareil suspenseur qui se trouve distendu ».

C'est en agissant de la sorte que le vomissement, le rire, l'éternuement pourraient être incriminés. L'auteur cite à l'appui de la thèse, le cas de Landau dans lequel on ne trouve pour expliquer la chute du foie que des éternuements répétés, incessants, qui secouaient violemment le malade depuis trois ans.

Il faut encore dans la pathogénie de l'hépatoptose tenir compte des *modifications de la glande hépatique*.

L'augmentation du poids et du volume de la glande par congestion chronique a été incriminée dans certains cas. Dans d'autres, assez nombreux, on a signalé la *coexistence de la lithiase biliaire et de l'hépatoptose*.

Nous croyons devoir insister quelque peu sur cette éventualité dont l'intérêt au point de vue chirurgical est indéniable. Sur quatre-vingts cas publiés jusqu'en 1897, nous relevons treize cas d'hépatoptose totale en coïncidence avec la lithiase biliaire. Une des observations nouvelles que nous rapportons, porte à quatorze le nombre de ces faits. Ces diverses observations ont été publiées sous le titre de foie mobile, de telle sorte que dans la pensée des auteurs, l'hépatoptose était la maladie principale. La lithiase biliaire était envisagée soit comme une complication, soit comme une conséquence de la chute du foie. Mais pour peu que l'on analyse de près ces observations, on s'aperçoit qu'il est bien difficile de dire lequel a commencé, du processus lithiasique ou du processus ptosique.

Glénard, dans son traité d'entéroptose (1885), admet que le prolapsus duodénal a pour conséquence de tirer sur le cholédoque. Il en résulte une atrésie du cholédoque, d'abord momentanée, puis persistante d'où gêne à l'afflux de la bile et lithiase.

Dans un travail récent, Schwerdt explique cette coexistence d'une manière différente. Pour cet auteur,

la diminution de la pression intra-abdominale serait le phénomène primitif. « Elle peut exercer son influence sur la vésicule biliaire comme elle le fait sur l'estomac. En forçant la vésicule à prendre part à la ptose générale, en allongeant son grand axe, distendant sa paroi contractile, retenant son contenu et favorisant la formation de calculs ».

D'après lui la ptose serait donc le phénomène primitif, et la lithiase le phénomène secondaire.

Pour *Bouchard*, la lithiase et l'hépatoptose sont l'une et l'autre des phénomènes secondaires sous la dépendance d'un vice de nutrition primitif : *l'arthritisme*.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous allons examiner séparément les symptômes des lobes flottants, et ceux de l'hépatoptose totale.

A) *Symptômes des lobes flottants du foie.* — L'affection se développe d'une façon tout à fait insidieuse. Toute une catégorie de lobes flottants peut même ne donner lieu à aucun trouble et représente une trouvaille d'autopsie. Dans d'autres cas apparaissent des symptômes fonctionnels variés (vomissements, douleurs gastriques) dont il est difficile de deviner la cause jusqu'au jour où une tumeur devient perceptible dans l'hypocondre droit.

Une fois la maladie constituée, elle se traduit par des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques.

B. *Symptômes fonctionnels.* — C'est la douleur qui occupe le premier plan dans le tableau clinique. Elle siège dans l'hypocondre droit et s'irradie vers le dos.

les flancs et les cuisses et elle procède par crises séparées par les périodes de rémissions incomplètes.

Généralement le repos au lit atténue les accidents douloureux. Le cas inverse se présente quelquefois. Ces douleurs peuvent s'accompagner de palpitations, de bouffées de chaleur, de sensation d'angoisse et d'anxiété; il peut s'y ajouter des troubles digestifs, inappétence, vomissements, douleur stomacale. L'amaigrissement peut atteindre un degré considérable.

Ces phénomènes fonctionnels sont dus d'après Terrier et Auvray à la compression par le lobe flottant, des organes voisins (région pylorique, duodénum, anses intestinales, grêle, du côlon transverse, pancréas, aorte, gros tronc nerveux et plexus ganglionnaire).

L'intensité des phénomènes fonctionnels serait en rapport direct avec la dureté du lobe flottant et avec son volume.

SIGNES PHYSIQUES. — On trouve dans le flanc droit une tumeur de consistance ferme, paraissant se continuer avec le bord antérieur du foie, mate à la percussion, et dont la matité se confond en haut avec celle du foie. Cette tumeur est mobile latéralement et dans le sens antéro-postérieur. Elle peut présenter le phénomène du ballottement, avec une aussi grande netteté que s'il s'agissait d'une tumeur rénale.

FORMES CLINIQUES DES LOBES FLOTTANTS. — Les obes

flottants provenant du lobe gauche, seront marqués par des troubles fonctionnels beaucoup plus marqués que ceux du côté droit. Les lobes flottants, dépendant d'une cholécystite sont précédés dans leur apparition par des phénomènes de lithiasé biliaire. Les caractères physiques sont analogues à ceux que nous avons décrits précédemment.

Avant d'abandonner l'histoire clinique des lobes flottants, nous relaterons ici l'observation suivante recueillie dans le service du docteur G. Marchant, qui se rapporte à un lobe appendiculaire coïncidant avec un foie abaissé.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. Judet, interne des hôpitaux)

*Hépatoptose totale et hypertrophie du lobe carré
formant un lobe appendiculaire.*

Madame B..., 49 ans ; sept grossesses, la première en 1872, la dernière en 1892 ; une grossesse gémellaire il y a 16 ans ; il y a 8 ans, attaque de rhumatisme goutteux ; depuis cette époque signes d'une affection mitrale légère et bien compensée.

Histoire de la maladie actuelle. — Depuis janvier 1901, affaiblissement progressif, diminution de l'appétit, digestions très pénibles, pesanteur d'estomac, renvois gazeux ; quelquefois vomissements. Les téguments prennent une teinte jaune

clair qui se fonce de plus en plus, les selles restent colorées ; pas de crise de colique hépatique, anémie progressive, aménorrhée depuis 1901 (avril) la malade s'affaiblit de plus en plus. Un médecin appelé constate une tumeur du foie et l'envoie à M. le docteur Gérard-Marchant.

Examen physique pratiqué le 20 mai. — Teinte jaune pâle des téguments et des sclérotiques. La paroi abdominale est très mince et la région de l'hypochondre droit est légèrement soulevée. Le foie déborde de trois travers de doigts le rebord des fausses côtes et son extrémité droite est abaissée vers la fosse lombaire : il est manifestement abaissé. On constate, de plus, l'existence d'une tumeur en continuité avec le foie.

C'est une masse arrondie, atteignant en dedans la ligne médiane et pylorique ; en dehors, se continuant avec le foie, en bas, descendant à trois travers de doigts au dessous de l'ombilic. Elle est mobile avec les mouvements du foie ; mate à la percussion, la matité se continue avec celle du foie sans aucune modification. Sa consistance est ferme, rénitente.

La rate est normale ; les reins ne sont pas déplacés, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, on porte le diagnostic de *kyste hydatique du foie*, avec réserve pour un cancer. — *Opération* le 24 mai 1901.

Incision verticale sur le bord externe du muscle droit, on trouve le foie prolabé. On constate de plus une hypertrophie localisée du lobe carré qui forme une saillie sessile, très accentuée. M. Gérard-Marchant procède à l'hépatopexie suivant sa technique habituelle :

1° Formation d'un éperon péritonéal sous le lobe carré en adossant le péritoine pariétal antérieur à lui-même par des points de suture d'inégale grandeur ;

2° Fixation du bord antérieur du foie à la paroi musculo-aponévrotique ;

3° Tamponnement dans la partie inférieure de la plaie.

Les suites opératoires sont des plus simples. Le malade sort un mois plus tard de l'hôpital.

Résultats de l'opération. — La malade a été revue le 25 octobre 1901, c'est-à-dire quatre mois plus tard.

Le foie est immobilisé mais en attitude basse, il déborde les fausses côtes de trois travers de doigt comme avant l'opération ; mais la tumeur de la région épigastrique (formée par le lobe carré) est restée en bonne place. Les résultats fonctionnels sont infiniment supérieurs à ce que pourrait faire penser la position du foie. L'appétit est revenu, la malade a *engraissé de vingt livres* ; le visage est coloré, la teinte jaunâtre a presque disparue ; les règles sont revenues.

SYMPTOMES DE L'HÉPATOPTOSE TOTALE. — *Le début peut être brusque* : on a vu l'affection se développer à la suite d'un choc, d'une chute d'un lieu élevé. Il s'agit alors d'une véritable luxation traumatique (Létienne).

En pareil cas le tableau clinique est dramatique, douleur vive, déchirante dans l'hypochondre droit, sensation brusque de décrochement, accompagnée de troubles généraux divers : malaise, syncope, dyspnée, s'accroissant sous l'influence du changement de position et des mouvements du malade. Ce début brusque est exceptionnel.

Le plus souvent la chute du foie se produit lentement et progressivement : ce n'est qu'après une longue période de troubles variés que la maladie s'éclaire par la constatation du déplacement et de la mobilité hépatique.

Ces troubles fonctionnels sont tantôt très atténués et consistent simplement en pesanteurs, tiraillements dans la cavité abdominale, exagérés par la marche et disparaissant par le repos. Dans d'autres cas les douleurs éclatent par crises. On peut même assister à de véritables coliques hépatiques avec vomissements, ictère léger. On les attribue à l'allongement ou à la coudure des voies biliaires extra-hépatiques, et on les rapproche des crises douloureuses du rein mobile. Guéniot a signalé un tiraillement douloureux à distance, observé dans le foie mobile. Ce tiraillement est perçu en arrière du sternum et jusqu'au niveau de la base du cou. Il serait dû à la traction du foie sur le péricarde et les aponévroses du cou, par l'intermédiaire du centre phrénique.

Certains malades ont de plus des sensations de malaise général, de la céphalalgie, des vertiges, de troubles visuels et des phénomènes de neurasthénie (tristesse, irritabilité, lassitude générale).

Ils peuvent de plus présenter des phénomènes urinaires, relevant du rein mobile ; et des phénomènes génitaux relevant du prolapsus utérin.

SIGNES PHYSIQUES. — A l'*inspection* du ventre, on trouve souvent l'aspect décrit par *Landau* sous le nom de « *ventre pendant* » : les muscles abdominaux sont relâchés, les muscles droits peuvent présenter un écartement notable. L'ombilic est souvent déprimé, ce qui tiendrait aux tractions que la veine ombilicale exerce sur l'anneau. Il existe quelquefois une circulation veineuse sous-cutanée, un peu d'ascite, et d'œdème malléolaire, témoignant de la gêne apportée au retour du sang veineux par la veine cave inférieure.

La *percussion* montre l'absence de la matité hépatique dans la zone où on la constate habituellement. Cette matité est remplacée par une zone de sonorité pulmonaire. Mais en un point variable de la cavité abdominale (fosse iliaque droite, hypochondre gauche), on rencontre une zone de matité dont la forme générale rappelle celle du foie.

A la *palpation*, on sent dans l'abdomen, une tumeur présentant les dimensions habituelles du foie.

Dans des cas assez nombreux, il a été possible de reconnaître le bord antérieur de la glande, tranchant, avec ses deux échancrures bien nettes. L'une correspondant au fond de la vésicule biliaire, l'autre au sillon de la face inférieure qui loge la veine ombilicale.

Cette tumeur est mobile latéralement et dans le sens vertical. parfois même il est possible de faire remonter le foie sous les côtes dans la position qu'il doit normalement occuper.

Glénard a insisté dans ces dernières années sur un

procédé d'exploration qu'il a décrit pour la première fois en 1887 : *le procédé du pouce* qui fournit aux cliniciens des renseignements fort utiles dans le cas où il n'existe qu'un faible degré de mobilité du foie. Voici d'après cet auteur quelle est la technique du procédé. « La main gauche serrant la taille avec les quatre premiers doigts sous la région lombaire, et le pouce gauche en avant, la main droite déprimant la paroi antérieure de l'abdomen, si l'on vient pendant un mouvement d'inspiration à tourner en haut, du côté de l'hypochondre, la pulpe du pouce, il peut arriver que l'on sente descendre un organe en avant du pouce qui s'en trouve comme coiffé ; que l'on ramène alors le pouce d'arrière en avant et bas en haut, des parties profondes aux parties superficielles, on fera sauter très nettement une crête qui ne peut être que le bord du foie.

DIAGNOSTIC

Nous devons l'envisager séparément pour les lobes flottants du foie et l'hépatoptose totale.

Le diagnostic des lobes flottants hépatiques reste toujours très délicat, en raison même de la rareté de cette affection.

Deux cas principaux peuvent se présenter :

A) La matité de la tumeur se continue manifestement avec celle du foie. Dans ce cas, on est exposé à confondre le lobe flottant avec une affection hépatique quelconque, et au premier chef avec le kyste hydatique et le cancer. C'est ainsi que chez la malade de l'hôpital Boucicaut dont nous rapportons l'histoire, le diagnostic était resté hésitant entre cancer et kyste hydatique ; l'hypothèse de lobe flottant n'avait même pas été envisagée.

B) Lorsque le pédicule du lobe appendiculaire s'amincit et s'allonge la tumeur s'isole de plus en plus

du foie et il peut être impossible en l'absence de signes fonctionnels particuliers, de déterminer d'une façon certaine sa nature et son point de départ. On peut songer à une tumeur de la paroi abdominale, à une tumeur intestinale, épiploïque, mésentérique, splénique, rénale, enfin et surtout à un kyste hydatique pédiculé, ou à une tumeur de la vésicule.

La phonendoscopie pourrait dans quelques cas rendre des services pour distinguer les tumeurs rénales des tumeurs hépatiques. *Genouville* (*Société française d'Urologie*, 1898), rapporte deux observations de femmes atteintes d'hépatoptoses chez lesquelles le diagnostic a pu être précisé à l'aide du phonendoscope. Albarran a pu plusieurs fois faire le diagnostic différentiel par cette méthode.

Diagnostic de l'hépatoptose totale.

Diagnostic positif. — Il présente beaucoup moins de difficultés que celui de l'hépatoptose partielle. Le diagnostic du foie mobile s'impose dans les cas où la symptomatologie présente dans toute sa netteté les symptômes suivants : absence de la matité hépatique, présence dans l'abdomen d'une tumeur mobile ayant la forme du foie, reconnaissable à sa consistance, à son volume, à son bord tranchant.

Diagnostic différentiel. — Nous devons résoudre deux questions :

1° Y a-t-il déplacement du foie ?

2° Quelle est la cause de ce déplacement ?

Les erreurs sont fréquentes ; sur 14 cas rapportés par Terrier où la fixation a été pratiquée 9 fois un diagnostic erroné avait été porté avant l'opération.

Le foie déplacé a pu être confondu avec la plupart des tumeurs abdominales. Une des erreurs les plus fréquemment commises, consiste à prendre le foie mobile, pour *le rein mobile*.

Dans les deux affections, en effet, les symptômes fonctionnels présentent un aspect identique.

Comme le rein mobile est plus fréquent, c'est lui qui est incriminé.

Cependant certains caractères doivent permettre le diagnostic différentiel : le volume de la tumeur est moindre dans le cas du rein déplacé ; il existe des troubles urinaires.

La matité hépatique est normale d'ailleurs, assez souvent il y a coïncidence des deux affections.

Les *tumeurs du mésentère* et de l'*épiploon* peuvent être confondues avec le foie mobile. Comme ce dernier, elles sont mobiles latéralement et de bas en haut ; mais, caractère important dans la tumeur épiploïque : le foie occupe son siège normal.

Quant aux tumeurs du mésentère elles sont situées en arrière du paquet intestinal, ce qui permet de les

distinguer du foie mobile qui sauf exception se place directement derrière la paroi abdominale.

Des erreurs, en apparence plus grossières, ont été commises ; surtout lorsqu'il s'agit de foie déplacé immobilisé par des adhérences. C'est ainsi que *Richelot* crut à l'existence d'une *typhlite tuberculeuse*, et reconnut au cours de l'intervention qu'il s'agissait d'un foie fixé dans la fosse iliaque par des adhérences.

Croly opéra pour un kyste de l'ovaire un foie déplacé et adhérent ;

2° *Le foie est déplacé : quelle est la cause de ce déplacement ?*

Pracquard rapporte qu'il a pris un foie abaissé pour une collection sous-diaphragmatique. De même *Gérard-Marchant* a cru à un kyste hydatique du foie, alors qu'il s'agissait d'un foie prolabé. Dans d'autres cas on a pensé à une cirrhose hypertrophique, à un cancer. La présence concomitante de la mobilité du rein, de la rate, la dilatation d'estomac, l'entéroptose, sont de puissants moyens adjuvants du diagnostic de l'hépatoptose.

PRONOSTIC

Les lobes flottants du foie ne constituent pas une affection grave. Ceux qui sont subordonnés aux cholestyrites ont leur pronostic lié à celui de l'affection causale.

L'hépatoptose totale est au contraire une maladie sérieuse. Par elle-même, elle peut à la longue créer des troubles congestifs du foie, en raison de l'obstacle qu'elle peut apporter à la circulation de la bile, et provoquer des désordres graves dans la fonction de la glande hépatique.

Pour certains auteurs ces lésions seraient préexistantes : Glénard considère le foie mobile comme une manifestation d'une maladie de la nutrition liée principalement à un fonctionnement défectueux du foie. Aussi pour cet auteur l'hépatoptose est l'indice de lésions histologiques constantes dans la glande hépatique.

Enfin le pronostic de l'hépatoptose doit encore être envisagé en tenant compte de ce fait : que le foie mobile n'est le plus souvent qu'un épisode de la ptose générale des viscères.

TRAITEMENT

Nous décrirons d'abord les différentes méthodes employées pour remédier à l'hépatoptose partielle. L'orthopédie a peu de prise sur le lobe flottant du foie.

La sangle de Glénard avec pelotes appropriées à la forme et au siège de la tumeur, serait susceptible d'atténuer la mobilité du lobe appendiculaire.

Dans les cas où les troubles fonctionnels sont accusés, une intervention chirurgicale seule peut immobiliser le lobe flottant.

Cette opération, ou *Hépatopexie partielle* consiste :

1° Inciser la paroi abdominale sur la partie saillante de la tumeur.

2° Passer à travers le lobe du foie un ou plusieurs fils de suture dont les deux extrémités, après avoir traversé la paroi abdominale sont nouées ensemble de façon à produire le contact du lobe flottant avec le péritoine pariétal.

Les adhérences qui se produisent sont chargées

d'assurer ultérieurement l'immobilisation du lobe flottant.

L'hépatopexie partielle a été pratiquée trois fois ; quatre fois si l'on y ajoute l'observation récente, que nous devons à la bienveillante sollicitude du docteur Gérard-Marchant. Dans tous ces cas, les résultats furent excellents.

Mais se demandent Langenbuck et Schwartz, peut-on compter sur leur durée, lorsqu'on songe aux mouvements respiratoires et aux déplacements de toute espèce qui tendent continuellement à écarter le lobe de la paroi.

La résection du lobe flottant constitue une intervention plus radicale que l'hépatopexie partielle. Mais son pronostic est beaucoup plus grave en raison de l'hémorragie. C'est ainsi que *Langenbuck* dut réouvrir le ventre pour une hémorragie secondaire. Le succès couronna d'ailleurs cette tentative.

La *cholécystotomie* constitue l'opération de choix pour la variété de lobes appendiculaires liés à la lithiase biliaire. L'opération guérit la lithiase et amène la rétraction de la portion prolabée du foie.

La cholécystectomie est de rigueur quand la vésicule est très malade.

Traitement de l'hépatoptose totale

Le traitement médical doit seul être mis en usage pour tous les cas peu accentués que Glénard décrit

sous le nom d'hépatoptose au premier degré. Il faudra à la fois agir sur l'état général du malade par un traitement hydrominéral et sur l'état local du foie par un traitement orthopédique.

Les troubles généraux de nutrition qui jouent dans la pathogénie de l'hépatoptose un rôle si important, seront améliorés par le séjour dans certaines stations thermales et en particulier Vichy.

Pour soutenir le foie prolabé, on aura recours au port de bandages spéciaux : c'est ainsi que les ceintures munies d'une pelote s'appliquant directement au dessous de l'organe prolabé peuvent agir d'une manière comparable à celui d'un bandage herniaire. Malheureusement ces ceintures ne sont pas toujours tolérées par les malades. On a encore proposé d'agir directement sur le foie en rendant à la paroi abdominale sa tonicité par le massage et l'électricité.

Devant l'insuffisance du traitement médical on sera obligé d'avoir recours au *traitement chirurgical*.

Il a été pratiqué pour la première fois par le docteur Gérard-Marchant (28 mars 1891). *Terrier* et *Auvray*, depuis cette époque relèvent 15 observations nouvelles. Si nous y ajoutons les deux observations apportées par M. le professeur agrégé Legueu, et les deux nouvelles observations qui ont été gracieusement mises à notre disposition par le docteur Gérard-Marchant, chirurgien de l'Hôpital Boucicaut, nous arrivons au total de 19 cas d'hépatopexie totale. Plusieurs méthodes ont été employées.

HÉPATOPEXIE SIMPLE. — Elle consiste en la réduction du foie et en sa fixation à la paroi abdominale. Terrier en rapporte 11 observations. Nous nous contenterons de résumer très brièvement les observations parues depuis l'apparition de ce mémoire : ce sont celles de Ramsay, Blanc, Legueu, plus deux inédites que nous a communiquées le docteur Gérard-Marchant.

OBSERVATION (de W. Ramsay, mai 1897).

La malade est une femme à qui on a déjà fixé les deux reins ; après ces deux opérations, elle est reprise de troubles digestifs, nausées, vomissements, et éprouve la sensation de tumeur dans le flanc droit.

La femme étant debout, on constate à l'examen que le lobe droit bascule autour du lobe gauche, et descend dans l'abdomen plus bas que l'ombilic. On peut l'amener à sa position normale et même dans l'hypocondre gauche. Ces mouvements sont douloureux et provoquent des nausées.

On pratique l'hépatopexie simple.

Guérison. La malade revue un an après l'intervention, ne souffre plus, est bien portante et travaille toute la journée.

OBSERVATION (de Blanc, de Saint-Etienne, 1897).

La malade est âgée de 35 ans et atteinte d'ataxie locomotrice.

Elle a éprouvé des poussées fébriles avec frissons violents, vomissements bilieux, température s'élevant à 40° 41°; des symptômes surviennent tous les cinq ou six jours, pendant les crises, il se produit un léger ictère et le foie présente un volume considérable.

L'examen pratiqué dans l'intervalle de deux accès montra un foie gros, abaissé de deux ou trois travers de doigt, au dessous de l'ombilic. On pouvait le remonter sous les fausses côtes en le prenant entre la paume de la main et le pouce, abandonné à lui-même il retombait aussitôt.

On fait le diagnostic d'hépatoptose totale provoquant des accès fébriles par coudure des voies biliaires, et rétention biliaire consécutive.

Résultat. — Opératoire parfait; disparition des poussées douloureuses et fébriles depuis l'opération, c'est-à-dire un an et demi après.

OBSERVATIONS (de Legueu).

OBSERVATION I. — Femme, 31 ans. Une grossesse. Deux

ans avant sa grossesse, douleur dans le ventre et les reins, qui à la longue s'exagère et revient sous forme de crise donnant la sensation d'arrachement. Grossesse à terme, mais après délivrance, état général mauvais, anorexie, palpitations, sueurs froides, caractère modifié. Néphropexie par M. Pozzi le 2 juillet, mais douleurs et état général neurasthénique persistant, hépatopexie. Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION II. — Femme, 27 ans, pas d'antécédents.

Ballonnement du ventre, crises douloureuses, appétit supprimé, amaigrissement intense, déterminent l'entrée de la malade à l'hôpital.

Hépatopexie le 25 août. Suites de l'opération bonnes. Malade très améliorée.

OBSERVATION II (Gérard-Marchant).

(Due à l'obligeance de M. Judet, interne des hôpitaux).

Héphroplose et Hépatoplose.

M^{me} H..., 41 ans, entre à l'hôpital Boucicaut, dans le service du docteur Gérard-Marchant, le 3 juillet 1901, pour des douleurs abdominales. Elle a eu 6 grossesses, dont une gémellaire, son dernier accouchement date de 3 ans et a mis au jour un gros garçon du poids de 9 livres.

On relève encore dans les antécédents de la malade une pleurésie il y a dix ans, et une hémoptysie deux ans plus tard. Actuellement il ne reste d'ailleurs aucune trace actuelle de ces accidents pulmonaires, et la malade jouit d'une bonne santé relative.

Cependant, depuis ces cinq ou six dernières années, elle se plaignait parfois d'une pesanteur dans l'hypocondre droit surtout après la marche ou la station debout prolongée, elle percevait même dit-elle, avec la main une grosseur du côté du foie, roulant et se déplaçant du rebord costal à l'ombilic.

En mai 1901, à la suite d'une frayeur très vive, la malade éprouve une exacerbation subite de ses souffrances.

Elle a journellement des crises douloureuses très vives caractérisées par un point dans la région hypocondrale avec irradiation vers l'épigastre et l'ombilic, jamais vers l'épaule droite.

Ces crises ne s'accompagnent pas d'ictère, mais seulement de subictère. Les selles restent colorées. Les urines se foncent légèrement et l'analyse y a recelé à ces moments la présence de pigments biliaires.

Le médecin traitant de la ville adresse la malade à M. le docteur Gérard-Marchant, à l'hôpital Boucicaut.

Etat de la malade le 3 juillet 1901 :

On se trouve en présence d'une femme petite, maigre, à paroi abdominale mince, extrêmement relâchée, présentant un certain degré d'éventration.

La palpation, très facile, en raison de l'état de mollesse de la paroi, permet de constater dans la partie droite de l'abdomen une tumeur allongée dans le sens transversal.

En bas elle est limitée par un bord tranchant étendu de

l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic, et remontant ensuite vers l'épigastre.

En haut cette tumeur disparaît sous les fausses côtes, ce qui empêche de sentir sa limite supérieure, mais on peut la délimiter par la percussion. On trouve que la matité de cette tumeur cesse à deux travers de doigt au dessus du rebord costal. *En dehors* elle remplit la fosse lombaire.

On peut en outre mobiliser cette tumeur ou la déplacer latéralement, on peut la remonter de plusieurs centimètres vers l'hypocondre sans arriver toutefois à la réduire complètement.

La nature de cette tumeur n'est pas douteuse, il s'agit d'un foie ptosé, qui a subi un double mouvement : un premier mouvement de rotation autour de son bord postérieur, de façon que la face convexe est devenue antérieure, tandis que le bord antérieur se portait en bas et en arrière.

Un mouvement de bascule autour de son axe antéro-postérieur, de sorte que le lobe droit du foie s'est porté vers la fosse iliaque.

Le diagnostic est corroboré par l'examen des autres viscères.

Le rein gauche est très nettement en ptose bien que la malade n'en ait jamais souffert. Le rein droit, par contre, exploré après le refoulement du foie en haut est trouvé parfaitement en place.

Les urines sont normales, mais jadis, elles ont dû être albumineuses, car la malade a présenté à diverses reprises de l'œdème des jambes.

L'*Estomac* est dilaté, ainsi qu'en témoigne le clapotement

que l'on obtient par pressions brusques et répétées sur la région gastrique.

L'utérus est abaissé et le périnée est très relâché.

L'état général est assez défectueux. Depuis un an, la malade a beaucoup maigri ; son caractère est devenu nerveux et irritable.

M. le docteur Gérard-Marchant propose une intervention qui est immédiatement acceptée.

Le 8 juillet. — Laparotomie latérale droite. Incision de 8 à 10 centimètres sur le bord externe du muscle droit. On trouve le foie très abaissé et placé exactement comme le faisait connaître la palpation.

Il est facile à un aide de soulever le foie et de le réduire dans l'hypocondre droit.

Hépatopexie. — Six gros catguts sont placés par transfixion dans le bord antérieur du foie : trois à droite, trois à gauche de la vésicule. Les trois premiers catguts servent à fixer le foie à la lèvre externe de l'incision abdominale, les trois catguts de gauche fixent le foie à la lèvre gauche.

La glande est de la sorte fixée aux deux lèvres musculo-aponévrotique de l'incision.

On ferme le péritoine, en réunissant les catguts, deux de chaque côté.

Dans la partie inférieure de l'incision, on engage un tamponnement à la gaze qui soutient la face inférieure du foie et contribue à la fixation définitive par la création d'adhérence.

Suiles opératoires. — Elles sont très satisfaisantes. La ma-

lade sort guérie de l'hôpital le 1^{er} août, c'est-à-dire trois semaines après son opération, le foie est parfaitement fixé.

Nous la revoyons le 6 octobre

Depuis son opération elle a vu disparaître les crises douloureuses de l'hypocondre. La fixation hépatique est satisfaisante, bien que le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes ; l'appétit est meilleur, l'état général est heureusement modifié.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. Judet, interne des hôpitaux).

Hépatoptose et lithiasé biliaire, néphroptose et lithiasé rénale.

Madame G..., 46 ans, couturière à Versailles.

On n'a relevé dans ses ascendants héréditaires ni lithiasé, ni arthritisme.

Vers l'âge de 15 ans, elle a eu une crise de rhumatisme articulaire. Elle en a souffert à plusieurs reprises, elle a eu deux grossesses normales, la première en 1886, la deuxième en 1889. Au cours de ces deux grossesses, elle a eu des phénomènes gastriques accompagnés de vomissements bilieux très fréquents d'ailleurs elle a eu toujours l'estomac « délicat » depuis dix ans, et elle souffre d'un point épigastrique.

Depuis cinq ou six ans les douleurs ont changé de caractère et elles se renouvellent par crises avec points vésiculaires très

net, irradiation vers l'ombilic, le dos, et jusque dans l'épaule droite.

A chaque crise, la région sous-hépatique est gonflée et tendue ; il y a des vomissements, de l'ictère ; les urines se colorent en brun ; les matières prennent l'aspect du mastic et la malade y a reconnu plusieurs fois la présence de gravier. Ces crises surviennent à peu près tous les mois.

Indépendamment de ces crises de colique hépatique, elle éprouve à plusieurs reprises des accès douloureux dans le flanc droit avec irradiation dans la fosse iliaque ; dysurie, diminution des urines ; existence d'une gravelle urique non douteuse. La malade est très tourmentée par ses crises multiples, et par son état gastrique. On diagnostique une quadruple lésion, *rein mobile et lithiase rénale, foie mobile et lithiase hépatique*. L'intervention chirurgicale est jugée indispensable et on envoie la malade à l'hôpital Boucicaut. Sous l'influence du repos, la vésicule biliaire diminue de volume et les crises hépatiques se calment. Le rein mobile par contre, continue à faire souffrir beaucoup le malade ; aussi le 17 juin 1900, M. le docteur Gérard-Marchant se décide-t-il à pratiquer la fixation.

Depuis cette néphropexie, suppression complète des troubles urinaires, mais persistance des crises hépatiques.

La malade revient à l'hôpital Boucicaut réclamer une opération qui la guérisse de sa maladie de foie.

Examen le 20 mars 1901.

Le foie déborde en bas le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt ; en haut il ne remonte pas jusqu'à la limite normale ; il est mobile et peut être réduit par des manœuvres appropriées.

La matité hépatique égale au niveau de la ligne axillaire

10 centimètres. Le foie n'est donc pas hypertrophié ; il est abaissé, mais réductible. La vésicule n'est pas perçue directement par la palpation.

Le rein droit n'a pas bougé, la néphropexie l'a immobilisé en bonne position. Le rein gauche n'est pas perçu et n'a jamais fait souffrir la malade.

L'estomac est dilaté, l'utérus est en place non abaissé. La paroi abdominale est relâchée ; quand on la fait contracter, on perçoit un degré assez notable d'écartement des muscles droits.

Depuis un an la malade souffre d'une affection cardiaque.

Elle éprouve des crises de dyspnée, de l'essoufflement au moindre effort, de l'œdème des jambes ; les signes d'une affection mitrale sont bien nets. Il est à signaler que deux ans auparavant on avait trouvé un cœur sain. Selon toute apparence, l'affection cardiaque, préparée par les attaques de rhumatisme articulaire, s'est déclarée sous l'influence de crises hépatiques répétées. Actuellement il existe un souffle à la pointe, caractéristique d'une insuffisance mitrale bien compensée.

Opération le 24 mars 1901. -- Incision verticale sur le bord externe du grand droit au niveau de la vésicule biliaire.

Celle-ci apparaît grosse comme une mandarine et fortement distendue ; aucune trace de péricholécystite.

Le foie est fortement abaissé et présente directement en avant sa face convexe. Il a basculé autour de son bord postérieur comme charnière.

La réduction du foie est très facile à obtenir. Pendant qu'un

aide soulève le foie, M. le docteur Gérard-Marchant procède à l'hépatopexie.

On passe deux points de gros catgut dans la substance hépatique, immédiatement derrière le bord antérieur à droite et à gauche de l'échancrure vésiculaire. Ces deux catguts rattachent le foie à la paroi musculaire, dans la partie supérieure de l'incision.

On procède ensuite à la *cholécystotomie*.

A l'ouverture de la vésicule, il sort environ deux verres à bordeaux de bile noirâtre, mais on ne trouve pas de calculs; on dispose un drain dans la vésicule et un tamponnement au dessous d'elle. La face inférieure de l'incision est refermée par trois plans de suturé.

Suites opératoires. — Pendant quinze jours, écoulement abondant de bile, puis écoulement d'un liquide transparent. Alternativement, on place dans le trajet une laminaire et un drain.

Le 13 avril, on perçoit profondément un calcul avec la sonde cannelée.

Le 16 avril, ce calcul triangulaire de la grosseur d'une noisette s'élimine spontanément. La malade sort huit jours plus tard; la fistule biliaire est presque fermée.

La malade a été revue le 5 octobre 1901, elle est entièrement guérie, la fistule biliaire est cicatrisée depuis quatre mois. La malade ne souffre plus.

La fixation du foie est parfaite. C'est à peine si l'organe déborde d'un travers de doigt le rebord costal quand la malade est debout.

L'état général s'est rapidement amélioré. Les digestions, toutefois, restent difficiles en raison de la dilatation gastrique.

Nous résumerons dans le chapitre suivant la technique employée.



Technique de l'hépatopexie simple.

1° *Procédé de Gerard-Marchant.* — 1° Laparotomie sur le bord externe du muscle droit.

2° Transfixion du bord antérieur du foie avec quatre fils de catgut ;

3° Fixation. Les deux chefs de chaque fil ainsi passé dans la glande sont, d'autre part, fixés au cartilage péricondral et à la paroi abdominale.

De nombreuses variations ont été apportées à ce procédé initial. C'est ainsi que Delagénère, au lieu de passer ses fils à travers toute l'épaisseur du foie les fait pénétrer seulement à une épaisseur de 2 à 3 centimètres.

Legueu fait passer de la face supérieure à la face inférieure du foie un fil double, formant une anse continue. Ce fil embrasse sur une large surface inférieure du foie. Cet échelon va être fixé aux côtes et à la paroi abdominale. Pour rendre plus facile la production d'adhérences qui devront immobiliser ultérieurement le foie on a proposé de dénuder une partie de sa surface convexe de son revêtement péritonéal ;

2° *Hépatopexie par formation d'une cloison séreuse artificielle.*
Ce procédé, imaginé par Pean consiste à créer une cloison transversale séreuse, formant le plancher d'une loge dont le plafond est représenté par le diaphragme. Péan atteint ce but en pinçant le péritoine pariétal postérieur et en formant avec lui un pli amené au contact d'un péritoine antérieur.

3° *Reconstitution de la paroi abdominale Hépatopexie* (procédé de Depage) L'auteur faisant jouer un rôle capital au relâchement de la paroi du ventre, tente de raccourcir la paroi abdominale dans tous les sens et ne considère « la fixation du foie que comme une opération secondaire comme un complément à la résection de la paroi abdominale ».

Résultats. — Les suites de ces diverses opérations sont généralement bénignes. Sur 25 cas réunis par Pantaloni on ne trouve que trois décès dus à l'infection. En dehors de ce danger, l'opération ne présente aucune gravité si les sutures hépatiques sont placées de façon à ne pas couper le tissu du foie et à ne pas provoquer d'hémorragie.

Les résultats fonctionnels ont été, en général, satisfaisants. Dans les trois cas que nous rapportons, les malades ont retiré un bénéfice indéniable de l'intervention chirurgicale. Chez l'une d'elle l'hépatopexie combinée à la cholécystotomie a donné le meilleur résultat. Le foie est en position normale et tous les troubles douloureux ont disparu.

Chez nos deux autres malades, l'hépatopexie a donné au point de vue anatomique des résultats très appréciables. Cependant le foie est encore en position basse mais, empressons-nous d'ajouter qu'au point de vue fonctionnel les résultats ne laissent

rien à désirer : disparition des douleurs et amélioration de l'état général.

Nous serions portés à en conclure qu'un foie abaissé, mais immobile, détermine moins de trouble qu'un foie prolabé au même degré mais mobile dans la cavité abdominale.



CONCLUSIONS

I. — L'hépatoptose totale reste une affection rare en tant que maladie susceptible de nécessiter une intervention chirurgicale.

II. — Elle coexiste avec la lithiase biliaire dans une proportion qui n'est pas inférieure à 14 ou 15 o/o des cas.

III. — Les symptômes de l'affection se présentent rarement à l'état isolé. Le plus souvent ils sont mêlés à ceux de l'entéroptose, ou même à ceux de la lithiase.

IV. — Parmi les méthodes de traitement chirurgical, celles qui s'adressent à la fois à la paroi abdominale et à la Glande Hépatique (procédé de Depage) semblent avoir donné les meilleurs résultats au point de vue de la fixation anatomique.

L'Hépatopexie simple donne peut-être une fixation

anatomique moins parfaite, mais elle est d'exécution plus facile et sa gravité paraît moindre.

Au point de vue fonctionnel, l'hépatopexie simple a été suffisante, dans la plupart des cas, pour amener la disparition des phénomènes douloureux qui constituent le symptôme prédominant de l'hépatoptose.

V. — Il est utile d'intervenir sur la vésicule (par Cholécystostomie), toutes les fois qu'on aura lieu de croire à la coexistence, soit de lithiase biliaire, soit même de certaines variétés de cirrhose. En pareil cas, la cholécystostomie constitue un excellent moyen adjuvant de l'hépatopexie.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

